

# Mesane Karsinosarkomu \*\*\*

## Bir Olgu Sunumu

Dr. Nesrin Uygun \*, Dr. Cuyan Demirkesen \*, Dr. Gülşen Özbay \*, Dr. Gülen Doğusoy \*,  
Dr. A. Rıza Kural \*\*, Dr. Zübeyir Talat \*\*, Dr. Oktay Demirkesen \*\*,

### ÖZET

Bu çalışmada bir mesane karsinosarkomu bildirildi. Hematüri şikayetiyle başvuran hastaya önce TURT, daha sonra total sistektomi uygulandı. Mikroskopik incelemede hem karsinom, hem de sarkom özelliğinde malign tümör alanları görüldüğü için karsinosarkom tanısı konuldu. İmmunohistokimyasal çalışma ile tanı desteklendi. İlerleyici seyir gösteren tümör sonucunda hasta 8. ayda kaybedildi. Kaynak bilgi eşliğinde mesane karsinosarkomunun klinikopatolojik özellikleri tartışıldı.

**Anahtar Kelimeler :** Mesane, karsinosarkom, karsinom, ayırıcı tanı.

### GİRİŞ

Mesane gelişen malign tümörlerin büyük çoğunluğunu karsinomlar oluşturmaktadır. Sarkomlar ve özellikle karsinosarkomlar oldukça nadir görülmektedir. Literatürde genellikle tek tek olgu bildirileri şeklinde, 50 civarında karsinosarkom olgusu yer almaktadır.<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

Işık mikroskopu ve immunohistokimya bulguları sonucunda mesane karsinosarkomu tanısı konulan olgumuz nadir olması nedeniyle bildirildi.

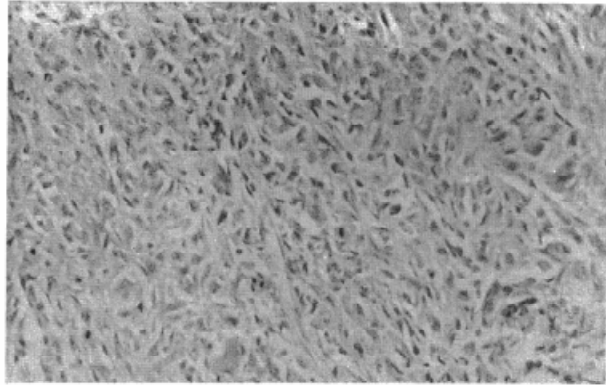
### OLGU SUNUMU

Olgumuz 64 yaşında erkek hasta, makroskopik hematüri şikayetiyle CTF Üroloji Anabilim Dalı'na başvuran hastaya yapılan sistoskopiye mesane sağ yan duvarında geniş tabanlı polipoid kitle saptandı ve TURT yapıldı. Yaklaşık 20-25 cc hacminde olan TURT materyalinin çoğunluğu nekrotik tümör dokusundan oluşmakta idi. Arada az miktarda görülen sağlıklı tümör dokusu, malign mezenkimal tümör (leiomyosarkom) olarak değerlendirildi. Ancak sağlıklı doku miktarının az olması nedeniyle sarkomatoid karsinom olasılığı da belirtildi. Daha sonra hastaya total sistektomi, prostatektomi, ileal mesane yapıldı; bölgesel lenf düğümü disseksiyonu uygulandı. Sistektomi materyalinin makroskopik incelenmesinde mesane sağ yan duvarında 3x3x2 cm. ölçüsünde, yüzeyi düzensiz, nekrotik görünümde, geniş tabanlı, polipoid tarzda gelişmiş tümör görüldü. Kesitte tümör tüm duvar katlarına infiltrate görünümde idi. Mikroskopik incelemede tümörün genelde TURT materyali ile aynı özellikte sarkomatöz alanlardan oluştuğu görüldü. Bu alanlarda tümör, demetvari yapılar oluşturan, orta derecede nükleer atipi ve sıkça mitoz gösteren fusiform

### SUMMARY

In this study, a bladder carcinosarcoma is reported. First of all TURT, then total cystectomy were performed on the patient presented with a history of hematuria. In microscopic examination, areas of both carcinoma and sarcoma were detected. These findings were supported with the help of immunohistochemistry. As a result of rapid progression of the tumor, the patient died within 8 months. In light of the literature, clinicopathologic features of bladder carcinosarcoma were discussed.

**Key words :** Bladder, carcinosarcoma, carcinoma, differential diagnosis.



**Resim 1 :** Orta derecede atipi, sıkça mitoz ve arada multinükleer dev hücre formasyonu gösteren fusiform hücrelerden oluşan sarkomatöz alanlar (H.Ex200)

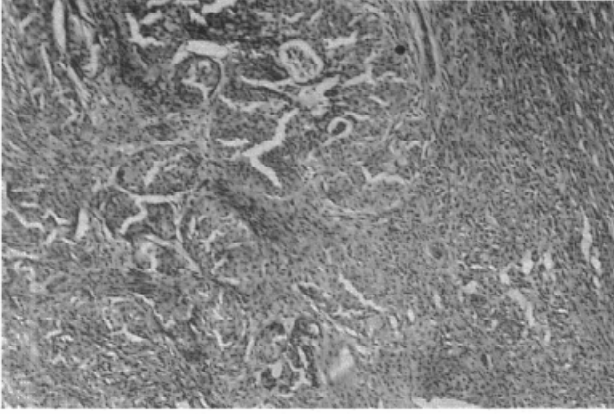
hücrelerden oluşmakta idi. arada multinükleer dev, hücreler mevcuttu (Resim 1)

Bazı kesitlerde bu sarkomatöz alanlardan belirgin bir sınırlı ayrılan yüksek grade'li değişici epitel hücreli karsinom (Resim 2) ve skuamöz hücreli karsinom (Resim 3) alanları saptandı. Ayrıca yüzeyde in situ karsinom ve papiller tipte değişici epitel hücreli karsinom (Grade II) odakları da görüldü (Resim 4). Duvar içinde perivezikal yağ dokusu sınırına kadar inen tümör invazyonu ve lenfatik damar invazyonu saptandı. Komşu organlara yayılım ve lenf düğümlerine metastaz saptanmadı.

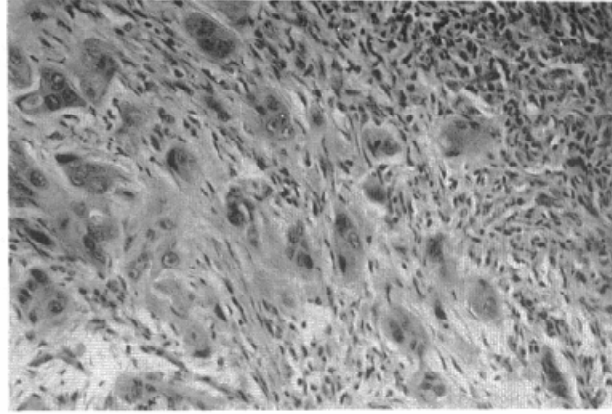
\* I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

\*\* I. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

\*\*\* XI. Ulusal Patoloji Sempozyumunda (27-31 Ekim 1993, Trabzon) poster bildiri olarak sunulmuştur.



**Resim 2** : Sarkomatöz alanlar arasında, onlardan belirgin bir sınırla ayrılan değişikçi epitel hücreli karsinom odakları (H.Ex200).



**Resim 3** : Sarkomatöz alanların arasında skuamöz hücreli karsinom odağı (H.Ex200)

Histolojik özelliklere göre tümör sarkomatoid karsinom olarak değerlendirildi. Ancak ayırıcı tanıda karsinosarkom olasılığı da göz önünde bulundurularak immunohistokimyasal çalışma uygulandı. Keratin ve EMA ile karsinom odakları kuvvetli pozitif boyanırken; sarkomatöz alanda EMA ile az sayıda hücre pozitif boyanma gösterdi. Vimentin ile sarkomatöz alanlar kuvvetli pozitif, karsinom alanları negatif idi. Sarkomerik actin ve smooth muscle actin ile de sarkomatöz alanlarda yer yer pozitif boyanma görüldü. Karsinom alanları negatif idi. Histolojik özellikler bu sonuçlarla birleştirildiğinde kesin tanı karsinosarkom olarak belirlendi.

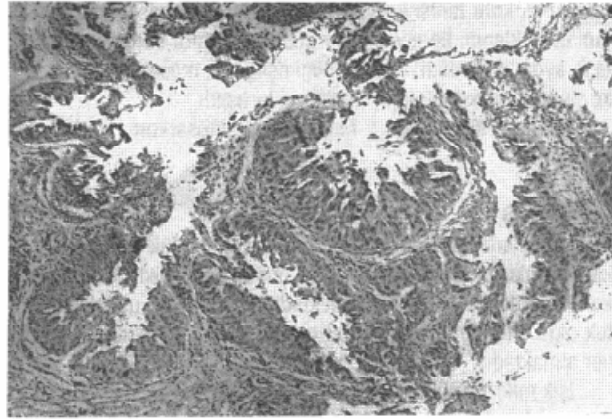
3 ay sonra yapılan kontrolde üretero-ileal anastomazda lokal nüks saptandı ve rezeke edildi. Nüks tümör nükleer atipisi daha belirgin, mitozu sık ve yer yer çizgili kas diferansiyasyonu gösteren sarkom özelliğinde idi. Hızlı bir şekilde büyüyen nüks tümör çevre dokulara yayıldı. Çeşitli komplikasyonlar gelişen hastada genel durum gittikçe bozuldu. Bu nedenle ek bir tedavi yapılamayan hasta, tanı konulduktan 8 ay sonra ex oldu.

### TARTIŞMA

Malign mesodermal mikst tümörler olarak da bilinen karsinosarkomlar malign epitelyal ve mezenkimal dokuların karışımından oluşmaktadır. Histogenezi tartışmalı olmakla birlikte bugün için kabul edilen, bu tümörlerin hem epitelyal hem de mezenkimal diferansiyonu yeteneği olan multipotent kök hücreden kaynaklandığıdır.<sup>1,2,5,7,8</sup>

Mesane karsinosarkomları genelde erkeklerde görülür ve ortalama yaş 60 (33-82) civarındadır. En sık görülen klinik semptom makroskopik hematüridir.<sup>2,3,5,6,7,9</sup> Mesanede belirgin bir yerleşim özelliği göstermeyen tümör, genelde polipoid veya saplı olup bazen de yayvan görünümündedir.<sup>2,6,9</sup>

Mikroskopik olarak tümör karsinomatoz ve sarkomatöz alanların karışımından oluşmaktadır. Epitelyal komponent sıklıkla yüksek grade'li değişikçi epitel hücreli karsinom karakterindedir. Fakat olguların yaklaşık 1/3'ünde glandüler, daha az oranda da skuamöz diferansiyasyon da görülebilmektedir. Mezenkimal komponent leiomyosarkom ve fibrosarkom tipinde olabilir (homolog tip); olguların yaklaşık yarısında kondromatoz, daha az oranlarda osseöz ve çizgili kas diferansiyasyonu ve nadiren de



**Resim 4** :Tümörün yüzeysel kısmında gelişmiş papiller tipte değişikçi epitel hücreli karsinom odağı (H.Ex80)

diğer sarkom tipleri görülebilir (heterolog tip).<sup>1,2,3,4,6,9</sup>

Olgumuzun hem klinik hem de patolojik özellikleri literatür verileri ile aynı idi. Mesane karsinosarkomlarında prognoz oldukça kötüdür. Literatürde 5 yıl ve daha uzun süre hastalısız izlenen olgular bildirilmekle birlikte hastaların çoğu ilk bir yıl içinde kaybedilmektedir.<sup>2,3,5,7,9</sup>

Mesane karsinosarkomlarında esas tedavi şekli total sistektomidir. Çok etkin olmamakla birlikte radyoterapi ve kemoterapi prognozu iyileştirmek için eklenebilmektedir.<sup>3,6,7,9</sup> Total sistektomi yapılan ancak, genel durumu bozulduğu için ek bir tedavi uygulanamayan hastamız, tanı konulduktan 8 ay sonra kaybedildi.

Mesane karsinosarkomlarının ayırıcı tanısında sarkomatoid karsinom ve stroması osseöz ya da kondromatoz metaplazi gösteren karsinom yer almaktadır.<sup>4,5,7,9</sup> Altındaki stromaya implante olan ürotelyum burada ossifikasyonu uyurabilmektedir. Bu nedenle karsinosarkom tanısı konurken epitelyal komponentin yanı sıra mezenkimal komponentin de malign olduğunun saptanması gerekmektedir.<sup>7,9</sup>

Sarkomatoid karsinomlarda epitelyal komponent ile fusiform hücreli alanlar nispeten ayrı görülmekle birlikte birbirlerinden belirgin bir şekilde ayrılamamaktadır; arada bir geçiş zonu

mevcuttur. Karsinosarkomlarda ise her iki komponent birbiri içinde dağılmakta ve birbirlerinden belirgin bir sınırla ayrılmaktadırlar.<sup>1,4,9</sup>

Bu histolojik kriterlere rağmen karsinosarkom tanısını doğrulamak için immunohistokimyasal ve elektron mikroskopik çalışma gerekmektedir. Immunohistokimyasal çalışmada sarko-

matöz ve karsinomatöz alanların kendilerine özgü immunfenotipi göstermesi tanıyı kesinleştirmektedir.<sup>1,6,8</sup>

Olgumuzda sarkomatöz alanlar vimentin, sarcomeric actin ve smooth muscle actin ile pozitif boyanırken; karsinom alanları da EMA ve keratin ile pozitif boyandı ve bu sonuçla karsinosarkom tanısı kesinlik kazandı.

#### KAYNAKLAR

1. Cross PA, Eyden BP, Joglekar VM. Carcinosarcoma of the urinary bladder. *Virchows Archiv A Pathol Anat* 1989; 415: 91-95.
2. Eagan JW, Urothelial neoplasms : Pathologic anatomy. In: Hill GS, editors. *Uropathology*. 1st ed. (Vol.2) New York: Churchill Livingstone, 1989: 767-768
3. Kusaba Y, Yushita Y, Suzu H, Jodai A, Yamashita S, Kanetake H, et al. Carcinosarcoma of the bladder. *J Urol* 1984; 131: 118-119.
4. Pugh RCB. The Bladder. In: Symmers W St C, editors. *Systemic Pathology*. 3 rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 727-728.
5. Sen SE, Malek SR, Farrow GM, Lieber MM. Sarcoma and carcinosarcoma of the bladder in adults. *J Urol* 1985; 133: 29-30.
6. Petersen RO. *Urologic Pathology*, 2nd ed. Philadelphia: J.B: Lippincott Company, 1992; 360-361.
7. Schoborg TW, Saffos RD, Rodriquez AP, Scott C. Carcinosarcoma of the bladder. *J Urol* 1980; 124: 724-727.
8. Wick MR, Young RH, Malvesta R, Beebe DS, Hansen JJ, Dehner LP. Prostatic Carcinosarcomas. *Am J Clin Pathol* 1989; 92: 131-139.
9. Young RN. Carcinosarcoma of the Urinary Bladder. *Cancer* 1987; 59: 1333-1339.